

Настоящий Договор смешанного страхования жизни (далее – Договор страхования) заключен между Страховщиком Обществом с ограниченной ответственностью «РБ Страхование Жизни» (далее – Страховщик, лицензии на осуществление страхования СЖ № 4079 (вид деятельности – добровольное страхование жизни) и СЛ № 4079 (вид деятельности – добровольное личное страхование, за исключением добровольного страхования жизни) выданы Банком России бессрочно) и Страхователем на условиях Правил накопительного страхования жизни (далее – Правила №1) и Правил добровольного медицинского страхования от критических заболеваний (далее – Правила №2), утвержденных ООО «РБ Страхование Жизни», действующих на дату заключения Договора страхования.

**1. СТРАХОВАТЕЛЬ / ЗАСТРАХОВАННЫЙ:**

<b>ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ:</b>	Дата рождения: ____/____/____	Гражданство: _____
	Место рождения: _____	Является ли гражданином публичным должностным лицом <sup>1</sup> , его супругом, близким родственником: ____
	Пол: _____	Адрес регистрации: _____
	Паспорт: серия ____ номер ____	Почтовый индекс: _____ Город: _____
	Когда выдан: ____/____/____	Область/регион: _____
	Кем выдан: _____	Фактический адрес (если отличается от адреса регистрации): _____
	Код подразделения: ____ - ____	Почтовый индекс: _____ Город: _____
№ телефона: _____	Область/регион: _____	
Адрес электронной почты: _____	Для иностранных граждан или лиц без гражданства	
ИНН (при его наличии): _____	Данные миграционной карты: _____	
	Данные документа, подтверждающего право на проживание/пребывание в РФ: _____	
	Срок пребывания: с ____/____/____ по ____/____/____	

**2. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ**

Ассистанс по истечении Свободного периода	Профилактическое обследование	Для получения услуги обратитесь по телефону 8-800-500 94 71 (звонок бесплатный 24/7) Полные условия на сайте Страховщика: <a href="https://rosbankinsurance.ru/">https://rosbankinsurance.ru/</a>
Лечение на случай критических заболеваний	Злокачественные новообразования Трансплантация костного мозга Кардиохирургические операции Нейрохирургические операции	Для получения данных услуг обратитесь по телефону 8-800-511 64 62 (звонок бесплатный 24/7) Полные условия в Правилах № 2 Больше информации на сайте Страховщика: <a href="https://rosbankinsurance.ru/">https://rosbankinsurance.ru/</a>
Смешанное страхование жизни	Дожитие Застрахованного лица до окончания Срока страхования («Дожитие») Смерть по любой причине, за исключением случаев, указанных в разделе 5 Правил № 1 («Смерть») Инвалидность по любой причине, за исключением случаев, указанных в разделе 5 Правил № 1 («Инвалидность»)	В соответствии и на условиях Правил №1

**СТРАХОВЫЕ РИСКИ:**

	Страховая премия:	Страховая сумма / Форма страхового возмещения
Дожитие:	7 938 000 рублей РФ	8 400 000 рублей РФ
Смерть:	155 400 рублей РФ	Уплаченные Страхователем до наступления страхового случая страховые взносы
Инвалидность:	71 400 рублей РФ	8 400 000 рублей РФ за вычетом уплаченных Страхователем до наступления страхового случая страховых взносов с учетом ограничений, определенных в п. 13.4 Правил №1. Стороны пришли к соглашению, что выплата осуществляется ежегодно в размере одного страхового взноса по Договору в порядке и сроки, указанные в разделе "Страховая премия (страховые взносы)", в порядке взаимозачета суммы страховой выплаты и суммы очередного страхового взноса, подлежащего оплате.
Лечение на случай критических заболеваний:	235 200 рублей РФ	Организация и оплата Медицинских и Иных услуг на территории: Российская Федерация, Израиль, Южная Корея, Сингапур, Европа (кроме Швейцарии), в пределах 25 000 000 рублей РФ за каждый год действия Договора страхования и с учетом ограничений, определенных в п. 10.13 Правил №2.

**3. АССИСТАНС И ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

• **Профилактическое обследование для Застрахованного:** удаленная консультация врача-терапевта для определения оптимального варианта обследования, лабораторная инструментальная диагностика, подготовка заключения и рекомендации по результатам обследования по одной из программ Профилактического обследования, указанных на официальном сайте: <https://rosbankinsurance.ru/>. Услуги Профилактического обследования оказываются ООО «Медоблако» на основании договора со Страховщиком.

Страховым случаем по риску «Лечение на случай критических заболеваний» является наступление в период срока страхования обстоятельств, из числа нижеперечисленных, требующих оказания и оплаты медицинских услуг, за исключением событий, произошедших при обстоятельствах, указанных в разделе 5 Правил № 2:

- Диагностирование злокачественного новообразования, согласно п. 4.2.1. Правил № 2;
- Назначение операции по трансплантации костного мозга в целях лечения лимфомы и лейкоза, согласно п. 4.2.2. Правил № 2;
- Назначение кардиохирургической операции, согласно п. 4.2.3. Правил № 2;
- Назначение нейрохирургической операции, согласно п. 4.2.4. Правил №2.

Страховщик \_\_\_\_\_ / Фредерик Салаюн/

Страхователь \_\_\_\_\_ /  
Дата: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ года

Услуги по риску «Лечение на случай критических заболеваний» оказываются Сервисной организацией Madanes Advanced Healthcare Services Ltd на основании договора со Страховщиком. Страховщик вправе в течение срока действия Договора страхования заменить Сервисную организацию, указанную выше, другой аналогичной Сервисной организацией. В этом случае Страховщик уведомляет Страхователя и Застрахованное лицо о новых контактных данных.

#### 4. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ

Выгодоприобретателем по страховым рискам Дожитие, Инвалидность ЛП 1,2 и Критические заболевания является Застрахованное лицо. Выгодоприобретателями по страховому риску Смерть ЛП Страхователем назначены следующие лица:

№	ФИО Выгодоприобретателя	Дата рождения	Доля в %	Родственная связь (если применимо)
1				
2				
3				
4				
5				

В случае если выгодоприобретатель по страховому риску Смерть не назначен, выгодоприобретателями по этому риску являются наследники Страхователя.

#### 5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО

Я уведомлен и согласен, что в случае если я на момент заключения Договора отношусь к одной из нижеперечисленных категорий, Договор действует только в отношении рисков «Дожитие» и «Смерть».

**Подписывая Договор, я подтверждаю, что:**

- не являюсь инвалидом, и документы на установление мне группы инвалидности не подавались;
- в настоящее время или в течение последних 10 лет не прохожу/проходил(-а) стационарное, амбулаторное, восстановительное или превентивное лечение, либо мне не устанавливался по результатам обследования диагноз, либо не нахожусь/находился под наблюдением врача-специалиста по поводу любого из нижеследующих заболеваний или состояний:
  - рак или злокачественное новообразование любого типа, в т.ч. болезнь Ходжкина;
  - лейкоemia (лейкоз) или любое заболевание крови, требующее лечения сроком не менее одного месяца (например, анемия, лимфома, миелома, нарушение свертываемости крови, гемофилия или повышенная кровоточивость сосудов и т.д.);
  - рак in situ (неинвазивный рак, без прорастания) или любые предраковые (предопухольные) заболевания или патологические изменения органов и тканей (дисплазии), имеющие высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования, включая, но не ограничиваясь предраковыми изменениями в области молочных желез / женских половых органов, мочевого пузыря или простаты;
  - любые формы заболеваний сердца (например, сердечный приступ, стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, кардиосклероз, кардиомиопатия, нарушения клапанов сердца, стеноз/порок, шумы в сердце или ревматизм; (не включая лечение только в связи с высоким кровяным давлением и/или высоким уровнем холестерина);
  - любые формы инсульта; любая форма диабета.
- не выкуриваю более 20 сигарет в день;
- не употребляю алкоголь более чем в день 1500 мл пива и/или 500 мл вина и/или 100 мл крепких напитков ( $\geq 40$  градусов);
- разница между моим ростом (в сантиметрах) и весом (в килограммах) находится в диапазоне от 80 до 120 (например, : рост 180 см – Вес 70 кг = 110).

#### 6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

**Страховая премия (страховые взносы):**

**8 400 000 рублей 00 копеек** оплачивается ежегодными равными страховыми взносами в размере 1 200 000 рублей РФ. Первый взнос должен быть уплачен на расчетный счет Страховщика, указанный на последней странице Договора страхования, не позднее 5-го рабочего дня после даты заключения Договора страхования. Очередные страховые взносы уплачиваются до начала каждого следующего года действия Договора страхования. При этом для уплаты очередного (кроме первого) страхового взноса Страхователю предоставляется льготный период, составляющий 30 (тридцать) календарных дней с момента окончания предыдущего года действия Договора страхования. При неоплате очередного страхового взноса в полном размере в течение льготного периода Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора страхования в полном объеме, при этом Договор страхования считается расторгнутым с момента окончания предыдущего года действия Договора страхования и заключения отдельного соглашения между Страховщиком и Страхователем не требуется. Выкупная сумма выплачивается Страхователю с учетом положений раздела 9 Правил №1, если Сторонами не достигнуто соглашение об ином.

**Срок действия Договора:**

Договор страхования считается заключенным с момента подписания его сторонами и вступает в силу с 00.00 часов дня, следующего за днем оплаты страховой премии в полном объеме. При этом оплата Страховой премии после даты, указанной в подразделе «Страховая премия (страховые взносы)» настоящего раздела Договора страхования, не влечет для сторон юридических последствий (а именно, не влечет вступление в силу Договора страхования), а поступившая денежная сумма подлежит возврату Страхователю в полном объеме. Страхование по рискам «Критических заболеваний» и «Инвалидность ЛП 1,2» начинает действовать на 121 (сто двадцать первый) календарный день с момента заключения Договора страхования. Договор прекращается в 23.59 \_\_/\_\_/\_\_ г.

**Свободный период:**

с \_\_/\_\_/\_\_ г. по \_\_/\_\_/\_\_ г.

**Выкупная сумма:**

При досрочном прекращении действия Договора Страхователю выплачивается выкупная сумма в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления о расторжении Договора.

Год действия Договора страхования	Сумма уплаченных страховых взносов	Выкупная сумма в % от суммы уплаченных страховых взносов	Выкупная сумма в рублях РФ
1	1 200 000	0%	0
2	2 400 000	0%	0
3	3 600 000	15%	540 000
4	4 800 000	20%	960 000
5	6 000 000	25%	1 500 000
6	7 200 000	30%	2 160 000
7	8 400 000	50%	4 200 000

## 7. ГАРАНТИИ И ЗАВЕРЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО

- Предоставленные мною сведения являются достоверными, и я не возражаю против их дополнительной проверки. Я предупрежден, что сообщенные мною сведения определяют существенные условия Договора и что сообщение заведомо ложных или искаженных сведений, имеющих существенное значение для определения страхового риска, в соответствии со ст.944 ГК РФ может послужить основанием для признания Договора недействительным.
- Я подтверждаю правильность предоставленных мною данных: адреса регистрации, фактического адреса и адреса электронной почты, в разделе «СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАСТРАХОВАННЫЙ» Договора. Я обязуюсь получать корреспонденцию, поступающую от Страховщика, его агентов, партнеров, иных уполномоченных им лиц на данные адреса, и не несу полную ответственность за последствия неполучения/отказа в получении корреспонденции по данным адресам, которые могут быть связаны, в том числе, с прекращением Договора.
- Я подтверждаю, что ко мне не применимо законодательство США о налогообложении иностранных счетов. Я подтверждаю, что являюсь налоговым резидентом только РФ. Я обязуюсь сообщать Страховщику сведения об изменении статуса налогового резидентства в срок не позднее 30 (тридцати) дней с момента изменений.
- Я уведомлен, что сообщение недостоверных сведений о налоговом резидентстве может повлечь отказ в проведении операций по Договору в соответствии с законодательством РФ о проведении финансовых операций.
- Я осведомлен о том, что являясь стороной Договора, Страховщик осуществляет обработку моих персональных данных (далее – ПДн), содержащихся в Договоре, а также персональных данных о состоянии моего здоровья. Цели обработки ПДн: заключение, исполнение, изменение, продление, прекращение Договора; заключение, исполнение, изменение, прекращение сделок между Страховщиком и Обработчиками (как они определены ниже); контроль и оценка качества предоставляемых мне услуг, согласно условиям Договора, по всем вопросам их предоставления.
- Я также подтверждаю свое ознакомление с иными целями обработки ПДн, содержащимися в Правилах страхования. Я даю своё согласие Страховщику поручить обработку моих персональных данных (с учетом того, что применимо) ПАО РОСБАНК, юридический адрес – 107078, г. Москва, ул. Маши Порываевой, д.34, ООО «РБ Страхование», юридический адрес – 107078, г. Москва, ул. Маши Порываевой, д.34, эт. 2 ком. 58, ООО «ОСГ Рекордс Менеджмент Центр», юридический адрес – 127083, г. Москва, ул. Восьмого Марта д.14, стр.1, Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, ООО «МСР», юридический адрес - 115093 г. Москва, Серпуховский переулок д.7, стр.1, ООО «Медоблако»109518, г. Москва, ул. Грайвороновская, д. 23, а также иным обработчикам (далее – «Обработчики»). При этом к иным обработчикам относятся любые третьи лица, осуществляющие обработку ПДн Страхователя/Застрахованного по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами соглашений (агентские, возмездного оказания услуг, о взаимном сотрудничестве, обеспечении конфиденциальности и безопасности и др.) в связи с предоставлением услуг, согласно условиям Договора.
- Я даю согласие на предоставление моих ПДн Обработчикам, а также иным третьим лицам, круг которых ограничен и определен опосредовано как лица, с которыми Страховщик вправе взаимодействовать в связи с исполнением Договора. Перечень действий, на осуществление которых дается согласие, и общее описание способов обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием средств автоматизации (в т.ч. программного обеспечения), так и без их использования (на материальных, в т.ч. бумажных, носителях).
- Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие (с учетом того, что применимо): ФИО, пол, дата рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан и др.), ИНН (при наличии), контактная информация (адрес места жительства, фактический адрес, номер телефона, адрес электронной почты), данные миграционной карты, данные документа, подтверждающего право на проживание/пребывание в РФ, сведения о наличии или отсутствии статуса иностранного должностного лица, дата начала и дата окончания срока пребывания, платежные реквизиты, иные персональные данные, содержащиеся в Договоре и/или других документах, которые переданы/будут переданы Страховщику в связи с оказанием услуг, согласно условиям Договора, а также данные, которые обрабатываются с моих слов.
- Я даю согласие на передачу Страховщику и/или Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, ООО «МСР», юридический адрес – 115093 г. Москва, Серпуховский переулок, дом 7 стр. 1, ООО «Медоблако»109518, г. Москва, ул. Грайвороновская, д. 23 информации о состоянии моего здоровья, в целях исполнения условий Договора по риску «Критические заболевания» и дополнительных услуг из раздела «Ассистанс».
- Я согласен на передачу Страховщику и/или ПАО РОСБАНК и/или Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, ООО «МСР», юридический адрес – 115093 г. Москва, Серпуховский переулок, дом 7 стр. 1. ООО «Медоблако»109518, г. Москва, ул. Грайвороновская, д. 23 документов и заключений, связанных с наступлением страхового события и необходимых для решения вопроса о страховом выплате, следующими организациями: лечебно-профилактическими (в том числе больничными, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, диспансерами, центрами медико-социальной экспертизы, учреждениями скорой помощи независимо от формы собственности, врачами частной практики) и особого типа (в том числе центрами, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомическими бюро) учреждениями здравоохранения информации о состоянии моего здоровья, в том числе справок и актов о подтверждении инвалидности, выписок (эпикризов) из медицинских карт (историй болезней), актов медицинского освидетельствования, актов вскрытия, направленных на медико-социальную экспертизу, заключений медико-социальной и судебно-медицинской экспертизы; моим работодателем, правоохранительными органами, органами ЗАГС, в том числе копий актов о несчастных случаях, копий протоколов происшествий, справок, постановлений, выписок из книг регистрации актов гражданского состояния, иными организациями и индивидуальными предпринимателями в соответствии с федеральным законодательством РФ.
- Согласие на обработку моих ПДн Страховщиком и Обработчиками действует в течение срока действия Договора, и ещё 5 (пять) лет после его прекращения, а также истечения срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ. Обработываемые ПДн подлежат хранению в течение срока действия согласия, если иное не установлено законодательством РФ. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.
- Стороны согласны с использованием в Договоре, а также в дополнительных соглашениях к нему, факсимильного воспроизведения печати и подписи уполномоченного представителя Страховщика, выполненных с помощью средств механического или иного копирования, либо иных аналогов его собственноручной подписи.

Договор заключен сторонами путем подписания одного документа. Договор подписан в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу

### **Страховщик**

Генеральный директор  
Фредерик Салаюн

Подпись/Печать

### **Страхователь**

Договор, Памятка (содержащая отдельные условия Договора), Правила страхования Страхователем получены. С Правилами страхования ознакомлен и согласен. Все положения Договора и Правил страхования, включая размер и порядок оплаты страховой премии, выплаты страховой и выкупной суммы, порядок расторжения Договора и другие условия понятны Страхователю. Страхователь согласен с получением сообщений информационно-рекламного характера от Страховщика и Обработчиков по указанным в Договоре номеру телефона и адресу электронной почты.

Дата: \_\_/\_\_/\_\_ г.

ООО «РБ Страхование Жизни», Адрес места нахождения: 107078, Российская Федерация, город Москва, ул. Маши Порываевой, д. 34, этаж 2, ком. 58. . ИНН: 7706625952, П/с: 40701810487360000080 в Московском Филиале ПАО РОСБАНК, БИК 044525256, Корр. счет 3010181000000000256 в ГУ Банка России по Центральному федеральному округу. Режим работы офиса по адресу места нахождения Страховщика: понедельник – пятница с 09.00 до 18.00 МСК. Сайт: <https://rosbankinsurance.ru>. При наступлении страхового события или возникновении иных вопросов, пожалуйста, позвоните по телефону центра поддержки клиентов 8-800-700-7-333 (работает 7 дней в неделю, 24 часа в сутки; звонок по территории РФ бесплатный).

<sup>1</sup> Понятие «публичное должностное лицо» включает в себя категории: иностранное публичное должностное лицо (т.е. любых назначаемых или избираемых лиц, занимающих какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любых лиц, выполняющих какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в т.ч., для публичного ведомства или государственного предприятия); должностное лицо публичной международной организации (т.е. международных гражданских служащих или любых лиц, которые уполномочены действовать от имени международной организации); а также российское публичное должностное лицо (т.е. лицо, замещающее/занимающее государственные должности РФ, должности членов Совета директоров Банка России, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Банке России, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ).